Lane Medical Library

Duplicate

Ueber einen Fall von Lichen ruber pemphigoides.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER

MEDIZINISCHEN DOKTORWÜRDE

AN DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT

ZU BERLIN.

VON

Fritz Wegener
aus Berlin
Assistenzarzt beim Inf.-Reg. Graf Dönhoff (7. Ostpr.) Nr. 44.

Tag der Promotion: 12. Juni 1912.

Emil Ebering, Verlagshandlung, Berlin NW., Mittelstr. 39.

1912

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Referent: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Lesser.**

Dem Andenken meines Vaters

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/uebereinenfallvo0000frit_v5k3

Im Jahre 1891 stellte Kaposi in der Wiener Dermatologischen Gesellschaft einen Patienten vor, der an Lichen ruber planus mit Blasenbildung litt. Der Fall wurde allgemein für ein Novum gehalten. Seitdem ist in der Literatur schon eine Anzahl von Fällen beschrieben worden, in denen teils größere, teils kleinere Blaseneruptionen bei Lichen ruber beobachtet wurden. In vielen Fällen jedoch waren die Blaseneruptionen nur sehr gering und auf kleinere Bezirke beschränkt oder ließen sich mit größter Wahrscheinlichkeit ätiologisch erklären, so daß die Fälle eines wirklich neuen Krankheitsbildes, also eines Lichen ruber pemphigoides, nur sehr vereinzelt dastehen. In dem Fall von Kaposi, also dem ersten vorgestellten Fall von Lichen ruber pemphigoides handelt es sich um einen 40jährigen Mann, der an universellem Lichen ruber pemphigoides litt, doch fanden sich bereits an der Beugeseite der Arme und in beiden Kniekehlen erythematöse Stellen mit kleinen Bläschen. Nach einer Woche hatte sich das Erythem mit den Blasen über beide Unterschenkel ausgebreitet und griff von da aus auf die Bauch- und Rückenhaut über. Nach 10 Tagen brachen das Erythem und die pemphigusartigen Blasen akut auf.

Kaposi erwähnt, daß er und auch andere bisweilen bei Lichen ruber als Ergebnis der gesteigerten Hyperämie einzelne Blasen auftreten sahen, doch nicht im entferntesten in derartiger Ausdehnung und mit derartiger Geschwindigkeit fortschreitend.

Er kommt daher zu dem Schluß, daß die starke Blaseneruption in diesem Fall ein „Intensitätssteigerungsphänomen“ der Exsudation wäre, wie in anderen Fällen als

Zeichen der Intensitätssteigerung der Zellinfiltration es zum Lichen ruber moniliformis oder zu exzessiver Wucherung, die an Mycosis fungoides erinnert, gekommen sei. Hans Hebra meint, daß es sich eventuell um eine Kombination von Lichen ruber und Pemphigus handelt. Er möchte die Blasenbildung nicht mit Lichen ruber in Zusammenhang bringen.

In der Literatur ist nun noch eine Reihe von Fällen beschrieben worden, die teils erheblichere, teils kleinere Abweichungen von Kaposis Fall zeigen und daher im folgenden zum Vergleiche angeführt werden sollen.

Schon in den Jahren 1887—89 hatte Rona 3 Fälle von Lichen ruber pemphigoides mit Blasenbildung beschrieben.

Im ersten Falle handelt es sich um einen 72jährigen Privatier, der angibt, schon seit 10 Jahren Hautjucken verspürt zu haben, ohne jedoch einen Hautausschlag zu bemerken. Vor 5 Jahren verstärkte sich dieses Jucken erheblich. Von Hauterscheinungen will Patient auch jetzt noch nichts wahrgenommen haben.

Erst vor 3 Jahren zeigte sich ein juckender Hautausschlag auf beiden Handrücken, der sich dann über den ganzen Körper ausbreitete. Der Ausschlag bestand in hirsekorn- bis haselnußgroßen Bläschen und Blasen, die mit einer erst wasserklaren, allmählich mattgelb werdenden Flüssigkeit gefüllt waren. In 4 Wochen war die ganze Haut rot angeschwollen, infiltriert und mit solchen Blasen bedeckt. Nach Abheilung der Blasen traten keine neuen mehr auf, dafür aber kleine rötliche, heftig juckende, bis linsengroße Knötchen. Dieser Ausschlag hat sich seit 7 Wochen über den ganzen Körper mit Ausnahme des Kopfes ausgebreitet. Patient war in den letzten Jahren bei den verschiedensten Aerzten, entzog sich jedoch stets wieder sehr bald der Behandlung. Während dieser Zeit nahm er öfter ohne Kontrolle Arsenik, das aber immer nach kurzer Zeit Intoxikationserscheinungen hervorrief. Seit 3 Wochen nimmt er wieder Arseniktropfen. Er klagt über Heiserkeit, Trocken-

heit im Rachen, Herzklopfen und Hustenreiz. Der Aufnahmebefund ergab folgendes:

Am ganzen Körper befanden sich größere und kleinere Flecke von Halblinsen- bis Talergröße, am Unterarm sogar eine Stelle von 2—3 Handtellergröße, die teils halbkugelig erhaben und zentral vertieft, teils im ganzen mäßig vertieft, teils auch gar nicht oder nur sehr wenig erhaben waren. Einige graue Plaques an den Beinen hatten eine verruköse Oberfläche. Die Ränder waren meist glatt, bisweilen auch gezackt. Der große Fleck am Unterarm zeigte am Rande mehrere, trockene, sehr harte und dicke Epidermisgebilde.

Die Farbe der Plaques war sepiabraun, braunrot, grauweiß und schiefergrau. Am Rande der Plaques, besonders den größeren, bemerkte man mehrere Schichten bildende Schuppenmassen; während die Plaques in ihrer Mitte, die kleineren im ganzen, eine feinere oder gröbere Schilferung zeigten.

An vielen kleineren Plaques und auch am Rande einiger größerer ließ eine Felderung auf ein Entstehen aus sandkorngroßen, polygonalen, gelben, gelbbraunen und braunroten, glaspartikelähnlich glänzenden, gedellten Knötchen schließen, die in der Umgebung der Plaques standen. Die Mundschleimhaut zeigte glänzende grauweiße Epithelverfärbung, jedoch keine Infiltrate und keine Knötchen. Die Handteller, Fußsohlen und Nägel waren von dem Krankheitsprozeß völlig verschont geblieben. Das Allgemeinbefinden des Kranken war schlecht.

Nach 35 Arsenikpillen stellten sich Trockenheit im Hals, Herzklopfen, Hustenreiz und sogar Fieber mit Kollapserscheinungen ein. Patient besucht die Klinik sehr unregelmäßig. Als er sich am 6. Januar wieder vorstellt, ist der Lichen verschwunden und es lassen sich nur noch eingesunkene Pigmentflecke und von Plaques verdickte Hautstellen erkennen.

Am 15. März traten am Bauch neue, braunrot infiltrierte Flecke auf. Die Extremitäten zeigten grauweißliche, etwas erhabene Infiltrate.

Am 4. April ist nur noch am Bauch eine flächenhafte Infiltration von etwa 2 Talergröße mit unregelmäßigen Grenzen zu erkennen. Patient fühlt sich jetzt wohl; er verspürt kein Jucken mehr. Das Auftreten von einem Blasenausschlag ist in diesem Falle sicher nur ein akzidentelles und hat mit dem Lichen ruber pemphigoides nichts zu tun. Wahrscheinlich hat, wie auch Róna meint, der Lichen ruber schon vor dem Blasenausschlag bestanden, worauf ja das lange vorher verspürte intensive Hautjucken schon hinzuweisen scheint.

Von Kaposis Fall unterscheidet sich dieser Fall besonders dadurch, daß dort Blasen und Lichen ruber akut nach dreiwöchentlicher Dauer abheilen, während hier der Lichen ruber noch über 3 Jahre fortbesteht nach dem Verschwinden der bullösen Erscheinungen, auch ein Beweis, daß Blasenausschlag und Lichen ruber hier nicht miteinander zusammenhängen, zumal da Róna in einer zweiten Publikation mitteilt, daß Patient im Dezember 1887 einen zweiten Anfall von Erythema bullosum durchmachte, der in einer Woche heilte. Endlich weist Róna noch darauf hin, daß er allgemeine pemphigoide Erkrankungen bei einem Psoriatiker und einem Prurigokranken sah und daher der Komplikation mit Blasen wenig Wert beimesse.

In dem zweiten Fall von Róna handelt es sich um eine 48jährige Patientin, die typische Lichen-ruber-Effloreszenzen nur an Armen und Beinen zeigt, während am Stamm eine dunkelrote, hyperämische Haut festzustellen ist. Die Augenlider waren gedunsen, das Gesicht desgleichen, dabei aber steif „wie bei Oedema stabile".

Die Zunge, die Mund- und Rachenschleimhaut waren stark geschwollen und ließen diffus rote Flecke mit grauweißen, nadelspitzgroßen Knötchen sehen.

Nach 140 Arsenikpillen stellte sich Nasenbluten ein, worauf das Medikament ausgesetzt wurde.

Nach einigen Tagen zeigten sich am rechten Oberschenkel auf erythematöser Basis talergroße gedrängte Haufen einer Herpeseruption.

Mehrere Herpesbläschen traten auch an den Hinterflächen beider Unterschenkel und am Bauch auf.

Nach 4 Tagen waren die Bläschen abgeflacht und im Eintrocknen begriffen.

Nach einer Woche wurde am Rücken ein neuer fußgroßer Fleck bemerkt, in dessen Mitte 5—6 linsengroße bereits geplatzte Bläschen saßen.

Patientin starb bald darauf an interkurrenter Pneumonie.

Im dritten Falle bestand ein typischer Lichen ruber pemphigoides mit blaugrauen bohnengroßen Plaques und typischen polygonalen, gedellten, gelben, blauroten und taubengrauen Knötchen, die besonders am Nacken dichtgedrängt standen.

Nach 101 Pillen (à 0,0025 mg) in 35 Tagen zeigte sich ein Herpes zoster am linken Schulterblatt.

Ein Unterschied von dem Falle von Kaposis ist festzustellen:

1. In dem Weiterbestehen des Lichen ruber pemphigoides trotz Abheilung der Blasen.
2. In ihrer zirkumskripten Anordnung, ihrer geringen Anzahl und ihrem herpesartigen Auftreten.
3. In ihrem Auftreten nach längerer Arsenmedikation.
4. Im zweiten Falle zeigte Patientin durch das Nasenbluten noch eine zweite Erscheinung von Arsenikintoxikation.

Einen solchen von ihm selbst beobachteten typischen Fall erwähnt auch Bettmann zu Anfang seiner Arbeit über einen Fall von Lichen ruber pemphigoides, auf den ich unten noch ausführlich eingehen werde.

Ueber einen Fall von wahrscheinlichem Nebeneinanderbestehen zweier getrennter Krankheitsprozesse berichtet Ullmann:

Er beobachtete einen Fall, in dem bei einem 53jährigen Manne seit 1 Jahr ein Lichen ruber verrucosus der Kniekehle bestand. Seit 8 Wochen traten Erscheinungen von Pemphigus pruriginosus auf, Exkoriationen und Blasen, von denen die größten am Handrücken saßen. Bevor die Blasen entstanden, verspürte der Kranke intensives Jucken.

In diesem Falle bestand nicht ein universeller Lichen ruber, wohl aber ein universelles Auftreten von Pemphigusblasen, so daß hier wohl nicht von einer Intensitätssteigerung des Lichen ruber die Rede sein kann, sondern wahrscheinlich eine zufällige Kombination zweier getrennter Krankheitsprozesse vorliegt. Auch Kaposi ist der Ansicht, daß es sich hier um zwei getrennte Prozesse handelt.

In einem Falle von Magnus Möller dagegen scheint das Auftreten von Blasen nur als ein Zeichen des Involutionsstadiums zu deuten zu sein, also einen Beweis für die Behauptung H. Hebras zu liefern. Dort besteht seit 6 Jahren nebst Gelenkschmerzen und Deformation der Gelenke eine Hautkrankheit, die sich in einer Eruption universeller 1—$1^1/_2$ mm erhabener Plaques von weinroter Farbe zu erkennen gibt.

Die Plaques sind mit kleinen wachsartigen, auf weinroter Basis sitzenden Schüppchen bedeckt. Benachbarte Partien sind braunrot pigmentiert. Die Diagnose auf Lichen ruber pemphigoides ist ganz unzweifelhaft. Auf den leicht infiltrierten, polygonalen Papeln befinden sich nun Miliaria sehr ähnliche Bläschen mit weißgelbem Inhalt. In 3—4 Tagen trocknen diese Bläschen ein und werden nun in kleine, wachsartige, leicht ablösbare Schüppchen transformiert. Durch Konfluenz der Primäreffloreszenzen entstehen wieder neue Bläscheneruptionen, die genau dasselbe Verhalten zeigen.

Infolge Arsenikmedikation tritt Heilung ein und es zeigen sich nur noch pigmentierte Hautpartien.

Dieser Fall scheint, wie schon gesagt, ein typischer Fall für H. Hebras Theorie über Blaseneruption bei Lichen ruber zu sein.

Daß jedoch diese Theorie durchaus nicht in allen Fällen Stich hält, beweist uns ein Fall von Leredde, bei dem die erste Licheneruption gleich mit Auftreten von Blasen vergesellschaftet war. Im weiteren Verlauf der Krankheit traten besonders auf großen konfluierten, blauroten Erythemflecken noch einige Blasen auf. An den Extremitäten zeigten sich nach Platzen exulzerierte Stellen von verschiedener Größe mit zentralem Schorf bedeckt oder purulent geworden. Der Blaseninhalt war auch hier zu Anfang serös und vereiterte erst viel später. Es wurden in ihm nur Lymphocyten gefunden. Die Reaktion war alkalisch. Die ganze Krankheit heilte unter Hinterlassung dunkelbrauner Pigmentationen.

Leredde selbst bezeichnet die Krankheit als „une altération sanguine profonde", schließt sich also dem Urteile Kaposis an. Auch der Fall selbst scheint für einen Lichen ruber pemphigoides im Sinne Kaposis zu sprechen. Daß die ersten Blasen sofort mit den ersten Lichen-ruber-Efflores-zenzen auftreten, spricht sogar noch mehr wie bei Kaposi für einen engen Zusammenhang beider Prozesse. In Kaposis Fall bestand ein gleichzeitiges Aufhören der Krankheit, was man eventuell ja damit erklären könnte, daß beide Krankheitserscheinungen auf Arsenik reagierten und zufällig gleichzeitig verschwanden.

Noch ein Fall soll jetzt angeführt werden, den ich trotz vieler Zweifel doch für einen Lichen ruber pemphigoides im Sinne Kaposis halte.

Die Patientin wurde von Neuberger auf dem IV. Dermatologischen Kongreß zu Breslau vorgestellt.

Bei der 22jährigen Patientin bestand ein ausgedehnter Lichen planus, der auf interne Arsenikbehandlung nachließ.

Nach etwa 180 Arsenikpillen traten Blasen auf auch an Stellen, an denen nur sehr vereinzelte oder auch überhaupt keine Lichen-ruber-Effloreszenzen oder infiltrierte Plaques gesessen hatten. Die Blasen heilten wieder ohne besondere Therapie.

Wir müssen uns hier fragen, ob wir in diesem Falle einen Beweis für die Behauptung H. Hebras haben, der die Blasenbildung bei Lichen ruber als eine Involutionserscheinung aufgefaßt wissen will, indem das Infiltrat zu einer Schuppenbildung der Haut führe oder aber auch die Epidermis im ganzen über eine Lichen-Effloreszenz emporhöbe, und daß es dann zu einer Transsudation und so zu Blasenbildung käme. Obwohl die Blasen hier im Involutionsstadium des Lichen ruber auftraten, muß doch diese Aetiologie der Blasen im vorliegenden Falle abgelehnt werden, da die Blasen nicht nur über Lichen-ruber-Effloreszenzen und Plaques, sondern auch auf vollkommen gesunder Haut entstanden.

Auch eine Arsenikintoxikation ist nicht wahrscheinlich, denn die Patientin hatte fast 180 Pillen genommen, dabei aber nie mehr als 4 p. d. Außerdem hatte sie vorher und nachher Arsenik stets gut vertragen. Ein zufälliges Hinzutreten eines bullösen Exanthems scheint jedoch ebenfalls nicht vorzuliegen, da die Blasen ohne besondere Therapie in kurzer Zeit abheilten. Daher müssen wir in diesem Falle wohl zu dem Schluß kommen, daß ein echter Lichen ruber pemphigoides im Sinne Kaposis vorlag.

Bettmann hat einen Fall beschrieben, der, wie ich später zeigen werde, mit unserem Fall in vielen Beziehungen Aehnlichkeiten aufweist, und dessen Krankengeschichte daher etwas genauer angeführt werden soll.

Es handelt sich um einen 28 jährigen Mechaniker, der am 23. August in die Klinik aufgenommen wurde.

Patient bemerkte vor etwa 14 Tagen einen roten Ausschlag zuerst an den Beinen, der sich dann auch auf Arme und Rumpf ausbreitete.

Dabei verspürte er heftiges Jucken und Brennen, das in der Folgezeit noch zunahm. Auch allgemeines Krankheitsempfinden, schlechter Schlaf und Abmagerung stellten sich ein. Der Arzt, den Patient jetzt aufsuchte, verordnete eine Salbe (Zinkpaste), mit der sich Patient zunächst die Beine einschmierte.

Da bemerkte er am nächsten Morgen Blasen am rechten Unterschenkel. Trotzdem Patient die Salbe sofort aussetzte, entstanden auch am linken Unterschenkel Blasen und daraufhin sogar an solchen Stellen, die mit der Salbe überhaupt nicht in Berührung gekommen waren, am Rumpf und an den Armen.

Patient suchte jetzt die Klinik auf. Am ganzen Körper befinden sich bläulich-rote, kaum erhabene Erythemplaques, die besonders an den Extremitäten zu größeren Flächen vereinigt sind, dabei aber Hände und Füße vollkommen freilassen, während sie am Rumpf nur spärlicher auftreten und kleinere Gebiete bedecken. An diesen roten Flächen sind keine Primäreffloreszenzen zu sehen, nur weißt am Rande eine Felderung auf eine dichte Konfluenz von polygonalen nicht gedellten Papelchen hin.

Dagegen ermöglichen isoliert und gruppiert stehende, wachsglänzende, miliare Knötchen mit zentraler Dellung und von etwas hellerer, mehr ins Bräunliche spielender Farbe, wie die größeren Plaques, die unzweifelhafte Diagnose auf Lichen ruber pemphigoides. Am auffälligsten ist aber dabei ein Bestehen von Blasen, deren Größe zwischen der einer Erbse und Wallnuß schwankt und die auf den blauroten Infiltraten stehen, oder die wenigstens dort, wo sie aus intakter Haut entstanden zu sein scheinen, einen blau-roten Hof zeigen. Einzelne aufgebrochene Blasen zeigen einen dunkelroten mit dunkleren Wärzchen bedeckten Blasengrund, andere sind mit dichten Borken besetzt.

Innerhalb der nächsten 3 Wochen traten noch Nachschübe von Licheneffloreszenzen, Erythemflecken und Blasen

auf, die jetzt besonders den Rumpf ergriffen. Während dieser ganzen Zeit bestand noch intensives Jucken. Nach 3 Wochen verschwand dieses fast vollkommen, und es stellten sich jetzt auch keine neuen Nachschübe mehr ein. An vielen Stellen schilferte sich die Haut ab, die blauroten Flecken verblaßten und die geringe Hautinfiltration verschwand. Innerhalb weniger Wochen zeigte sich nun eine mächtige Pigmentierung. Der Hals, der Rumpf, die Arme und Beine hatten eine gleichmäßige dunkle Färbung angenommen auch an den Stellen, an denen die Haut anscheinend gesund geblieben war. Dort, wo Erythemflecke gesessen hatten, war die Pigmentierung etwas dunkler, beinahe schwarz am Hals, dem Unterbauch, der Lumbalgegend, dem Penis und dem Skrotum. Kleine, fast schwärzliche Pigmentflecken, manchmal in Gruppen, zeigten sich dort, wo anscheinend Lichen-Effloreszenzen gestanden hatten, während fast alle Stellen, auf denen Blasen gestanden hatten in ihrem ganzen Umfange völlig depigmentiert, also absolut weiß mit einem schwärzlich-braunen Pigmentsaum umgeben waren. Innerhalb einiger weißen Blasenflächen waren einige wenige stecknadelkopfgroße rundliche und polygonale Pigmentfleckchen zu sehen. Bis Dezember ist noch kein Nachlassen der Pigmentierung festzustellen.

Im Anschluß an diesen Fall werde ich nun sofort die Krankengeschichte unseres Patienten anführen und bei deren Besprechung auch die von Bettmann einflechten, da ich sonst zu öfteren Wiederholungen gezwungen wäre.

A. K., Zimmermann, 24 Jahre alt, aufgenommen am 13. Oktober 1908.

Die Familienanamnese ergibt nichts von Bedeutung.

Vor zwei Jahren machte Patient als Soldat eine Lungenentzündung durch.

Patient gibt an vor 8 Wochen an beiden Unterarmen und Unterschenkeln vorwiegend an den Streckseiten ein starkes Jucken verspürt zu haben. Gleichzeitig bemerkte

er dort kleine rote Knötchen, die sich mit der Zeit mit kleinen Schuppen bedeckten. Genässt habe der Ausschlag nicht.

Vor 3 Wochen seien auf der Brust neben der linken vorderen Achselfalte kleine wasserhelle Blasen aufgetreten. Die Bläschen wurden allmählich größer, und ihr Inhalt färbte sich gelblich.

Seit 3—5 Tagen seien am ganzen Körper viele Blasen aufgeschossen, besonders an den Armen und Beinen.

Dabei verspürte Patient ein allgemeines Krankheitsempfinden. Er hatte öfter das Gefühl von Hitze und Kälte. Infolge der prall gespannten Blasen hatte er brennende Schmerzen, die jedoch nachließen, sobald die Blasen geplatzt waren.

Der Schlaf und der Appetit ist gut, der Stuhlgang regelmäßig. Heiser ist Patient angeblich seit seiner Militärzeit (3 Jahre). Eine venerische Infektion wird negiert.

Beim Arzt war der Kranke noch nicht, er hat keinerlei Medikamente insbesondere keine arsenhaltigen eingenommen oder äußerlich angewandt.

Aufnahmebefund:

Patient ist ein mittelgroßer, kräftiger Mann und befindet sich in gutem Ernährungszustande.

An der Herzspitze ist ein systolisches Geräusch wahrnehmbar, das auch über der Aorta und Pulmonalis zu hören ist.

Auf der Haut der Unterarme und der Unterschenkel stehen besonders auf den Streckseiten kleine, hirsekorngroße, derbe, zum Teil wachsartig glänzende Knötchen, die etwas das Hautniveau überragen und vielfach zu größeren Flächen konfluieren, sodaß das charakteristische Aussehen eigentlich nur an den alleinstehenden Knötchen zu erkennen ist. Zu besonders großen Beeten sind die Knötchen in der Mitte der Unterarme bis herauf zu den Ellenbogen und in der Mitte der Unterschenkel zusammengeflossen. Diese

Flächen konfluierender Knötchen sind am Oberarm mit weißlich glänzenden, am Unterschenkel mehr dunkleren, dicken Schuppen bedeckt. Auch die Knöchelgegend und die Fußsohlen zeigen diese dicken Schuppen, die sich bis zwischen die Zehen hinziehen; dazwischen finden sich tiefe Rhagaden.

Neben diesem ersten besteht ein zweiter Ausschlag, der durch Blasenbildung charakterisiert ist. So sieht man in der Umgebung des Nabels, an den Oberarmen und Oberschenkeln Knötchen, die an ihrer Oberfläche ein kleines Bläschen tragen. Daneben bestehen noch Blasen, größere, fast haselnußgroße. Man kann bei diesen genau 3 Stadien unterscheiden. Ein Teil von ihnen, die jüngeren, sind mit wasserheller bis gelber Flüssigkeit gefüllt, die anderen, besonders die größeren, zeigen einen trübserösen Inhalt, und endlich sind einige bereits geplatzt und mit braunrotem Schorf bedeckt.

Die Haut in der Umgebung der mit Blasen versehenen Bezirke ist gerötet, und auf ihr stehen frische, leicht prominente Knötchen, an denen noch keine Blasenbildung wahrzunehmen ist.

Besonders interessant ist es, daß auf einer Stelle in der rechten Seite, wo ein Heftpflasterstreifen gesessen hat, sich mehrere langgestreckte Blasen mit trübserösem Inhalt gebildet haben.

An der Wangenschleimhaut findet sich rechts mehr als links eine netzförmige graue Verfärbung. Diese Netze sind ganz offensichtlich durch Konfluenz kleinster, grauer, noch nicht stecknadelkopfgroßer Knötchen entstanden, die auch in der Umgebung in großer Zahl vorhanden sind. Ebenso sieht man am Lippenrot der Unterlippe graue Effloreszenzen von zum Teil deutlicher Ringform.

Die Oberschenkeldrüsen sind paketförmig bis taubeneigroß geschwollen. Die Inguinaldrüsen sind ebenfalls etwas vergrößert.

Die Körperwärme betrug 38,3°. Der Kranke fühlte sich sehr elend.

Der Kranke erhielt Arsenpillen in steigender Dosis und Umschläge mit essigsaurer Tonerde.

14. X. An verschiedenen Körperstellen ist eine Anzahl neuer Blasen aufgetreten von Hirsekorn- bis Haselnußgröße. Die Gruppierung der Blasen ebenso wie die Entzündung an der Basis zeigt einen herpesartigen Charakter.

16. X. Während die älteren Blasen eingesunken, zum größten Teil sogar schon eingetrocknet sind, sind nur vereinzelte neue, bis linsengroße aufgetreten, die auf gerötetem Grunde stehen und teilweise konfluieren.

17. X. Die Borken, die auf den Blasen saßen, haben sich zum Teil abgestoßen. Die älteren Erosionen heilen bereits.

Auch im Gesicht, an der Nasenöffnung und der Unterlippe sind einzelne Blasen entstanden, die schon mit Krusten bedeckt sind.

An vielen Stellen ist am Grunde der Blasen kein entzündliches Infiltrat wahrzunehmen. Diese Blasen scheinen sich ohne vorausgehende Knötchenbildung direkt aus der Haut zu entwickeln. Sie steigen wie Pemphigusblasen aus der Haut auf, ohne daß ein Entzündungsherd erkennbar ist. Charakteristisch ist ihre gruppierte Stellung.

Die Stimmbänder sind etwas abgerundet, schlaff und lassen beim Phonieren einen kleinen Spalt offen. Ulcerationen sind nicht vorhanden.

Patient verspürt besonders an den Oberschenkeln noch Jucken.

19. X. An der Vorderfläche der Oberschenkel sind neue Knötchengruppen aufgetreten.

Patient bekommt von jetzt an Borsalbenverbände, unter denen in den nächsten Tagen die Schmerzen nachlassen und die meisten Blasen eintrocknen. Dabei zeigen sich besonders

an den Oberschenkeln immer neue gruppiert stehende Knötchen. Das Allgemeinbefinden hat sich gebessert.

24. X. Außer zwei prallgespannten linsengroßen, polycyklisch begrenzten Blasen auf einem Lichenherd am linken Unterarm haben sich keine neuen mehr gebildet. Alle anderen sind eingetrocknet.

Die Nägel zeigen tiefe Längsriefelung und Querfalten, sie sind eingerollt, der Nagelfalz ist verdickt, die Nagelsubstanz glanzlos und trübe.

Patient klagt über Jucken am Halse. Die Haut ist dort gerötet, ekzematös und mit einzelnen Knötchen bestanden.

An den Stellen, an denen Blasen gestanden hatten, ist es nicht zu einer glatten Heilung gekommen, sondern, es besteht ein flaches Infiltrat. Die Lichenherde an den Unterschenkeln sind flacher geworden.

26. X. Am ganzen Körper mit Ausnahme des Rumpfes sind neue Blasen entstanden.

An der Wangenschleimhaut haben sich beiderseits mehrere kleine, reichlich stecknadelkopfgroße Bläschen gebildet, die mit bräunlicher Flüssigkeit gefüllt sind.

Am freien Rande des rechten Ohres besteht eine Blase, desgleichen eine eingetrocknete am linken Ohrläppchen.

Die Kopfhaut ist vollkommen frei.

Am Halse verspürt Patient kein Jucken mehr, die Haut ist nicht mehr so stark gerötet und läßt nur noch eine geringe Schuppung erkennen.

Am Rumpf besteht in der linken Weiche eine einzige Blase. Sonst sind keine neuen am Rumpf aufgetreten.

Die Stellen, wo die Blasen selbst gestanden haben, zeigen derbe Infiltration des Blasengrundes.

An den unteren Extremitäten ist die Infiltration des Grundes der abgestoßenen Blasen noch auffallender. Die alten Blasen sind zum Teil abgeheilt; eine markstückgroße

Erosion besteht noch auf der Vorderfläche des linken Oberschenkels.

Neuentstandene Blasen bis Haselnußgröße sieht man ebenfalls an den Unterschenkeln im Bereiche der Lichenplaques. Die ursprünglichen Lichenknötchen, sind deutlich flacher geworden. Die hornig-borkige Auflagerung an den Unterschenkeln besteht zwar noch, hat jedoch schon erheblich nachgelassen, ebenso wie die Schuppung.

Auf beiden Fußsohlen ist die Hornschicht verdickt, brüchig und rissig und bröckelt in Lamellen ab. Die Nägel sind zerklüftet, trocken und mißgewachsen. An der Streckseite beider großer Zehen besteht ein Streifen von Lichenknötchen, der bis zum Falz übergreift und an der rechten großen Zehe ulceriert ist.

Auch die Fingernägel sind wie oben beschrieben erkrankt.

Die Arme sind verhältnismäßig glatt und zeigen nicht die hörnig borkigen Auflagerungen der unteren Extremität.

Am linken Unterarm haben sich die vorgestern entstandenen Blasen vergrößert und sind jetzt bohnengroß. Eine weitere Blase mit polycyklischer Begrenzung ist am rechten Unterarm entstanden.

Am linken Handrücken hat sich eine Blasengruppe gebildet, die aus 5 Einzelblasen besteht, von denen jede etwa Linsengröße hat. Eine alleinstehende Blase befindet sich am linken Mittelfinger. Auch am rechten Unterarm sind viele frische Blasen entstanden. Besonders auffällig ist ein markstückgroßes Hautgebiet in der Mitte der Streckseite des Unterarmes, auf dem viele Bläschen von Stecknadelkopf- bis Linsengröße stehen.

Subjektiv hat Patient keine Beschwerden, insbesondere kein Jucken und Brennen.

27. X. Der Inhalt der frischen Blasen hat sich bis heute getrübt und sieht gelblich aus. Die Blasen selbst haben sich zum Teil geöffnet. Nur an den Händen sind

kleine neue Blasen aufgetreten, die mit hellserösem Inhalt gefüllt sind.

28. X. Die Blasengruppe am linken Unterarm hat sich heute zu einer großen dreieckig gestalteten Blase zusammengezogen, deren Inhalt leicht getrübt ist.

Die flachen Infiltrate, die unter den abgestossenen Blasen entstanden sind, beginnen nachzulassen. Auch die ringförmigen Herde sind in der Rückbildung begriffen.

Patient klagt noch über Juckreiz am Rücken, doch lassen sich dort keine neuen Effloreszenzen nachweisen. Während in den nächsten Tagen der Ausschlag langsam zurückgeht und die Lichenherde allmählich flacher werden, treten an den Extremitäten immer noch vereinzelte, gruppiert stehende Blasen mit klarem Inhalt auf, die jedoch kleiner sind als die zuerst entstandenen.

2. XI. An den oberen Extremitäten sind die Blasen abgeheilt.

Am linken Unterschenkel sind im Gebiet des Lichen 3 bohnengroße und 2 kleinere Blasen entstanden. Auf der Innenfläche des rechten Unterschenkels hat sich eine ovale 4 cm lange, 3 cm breite prall gespannte Blase mit hellserösem Inhalt gebildet.

An der Mundschleimhaut sind die Licheneffloreszenzen deutlicher geworden und haben sich weiter ausgedehnt. Während der linke Zungenrand nicht affiziert ist, sieht man am rechten Zungenrande einen linsengroßen dunklen Ring. Ebenso befindet sich an der Unterlippe in der Nähe des rechten Mundwinkels eine Lichengruppe. Die Oberlippe ist frei.

Am nächsten Tage hat sich an der Vorderfläche des rechten Unterschenkels eine kleeblattförmige Blase mit hellserösem Inhalt gebildet.

Patient klagt über Brennen an den Außenrändern der Füße. Das Allgemeinbefinden ist gut.

4. XI. Neue Blasen sind heut nicht entstanden, dagegen

ist am Rumpfe und, allerdings in geringerem Grade, an den Oberarmen und Oberschenkeln ein Zurückgehen der Hautinfiltrate, die sich an dem Boden der Blasen entwickelt hatten, festzustellen.

Die Resorption der Knoten geht unter Hinterlassung bräunlicher Pigmentation vor sich.

Die Lichenherde am Unterschenkel sind noch derb infiltriert und ziemlich hoch. Es besteht kein Juckreiz mehr.

Die Hornhaut der Fußsohlen zeigt noch tiefe Rhagaden, sonst keine Entzündungserscheinungen weiter.

Eine unregelmäßig gestaltete Erosion von etwa 1 qcm Ausdehnung befindet sich auf der glans penis.

Gleichfalls eine kleine Erosion, wahrscheinlich durch Zahndruck entstanden, bemerkt man auf der linken Wangenschleimhaut im Gebiete der Lichenefloreszenzen.

Heute steigt Patient auf 6 Arsenikpillen.

6. XI. Die große Blase an der Innenfläche des rechten Oberschenkels hat sich abgestoßen, der Blasengrund liegt frei zu Tage. Er zeigt eine leichte Infiltration und sondert eine sanguinolente Flüssigkeit ab.

In Verlauf der nächsten Tage entsteht im Bereich der Lichenplaques an der Vorderfläche des rechten Unterschenkels und am linken Unterarm je eine haselnuß- bis bohnengroße Blase, von denen die letztere einen eingezogenen Hilus zeigt.

Die Blase am Unterschenkel wird punktiert und mit dem Inhalt werden Nährboden beschickt. Es stellte sich später heraus, daß weder auf Agar noch in Bouillon etwas wuchs, daß der Blaseninhalt also steril war. Die Reaktion der Flüssigkeit war alkalisch.

Patient klagt über Brennen an der Hinterfläche des rechten Unterschenkels. Daselbst sind kleine Blasen wahrzunehmen. Die Haut ist dort infiltriert und mit Krusten bedeckt. Nach Bestreichen mit 5% Salicylöl hat das Brennen schon am nächsten Tage bedeutend nachgelassen.

Die Lichenplatten an den Unterschenkeln sind noch mit dichten braunen Schuppenmassen bedeckt, die an der Oberfläche erweicht sind und sich leicht abkratzen lassen, ohne daß eine Blutung eintritt.

Die Effloreszenzen am Rücken sind unter Hinterlassung bräunlicher Pigmentflecke bis auf geringe Reste resorbiert. Auch an der Vorderfläche des Stammes macht die Resorption schnelle Fortschritte. Die plattenförmigen Infiltrate sind fast völlig resorbiert, dabei sind die prominenten Stellen etwas eingesunken, weicher als die übrige Haut und von braunroter Farbe.

13. XI. Im Verlauf der nächsten Woche traten an den Extremitäten wieder verschiedentlich größere und kleinere Blasen auf.

So zeigt sich zuerst am rechten Unterschenkel eine große unregelmäßig begrenzte Blase, die durch Konfluenz mehrerer kleinerer entstanden ist und oberhalb dieser eine neue einzelnstehende kleinere Blase.

Nach 3 Tagen traten gleichfalls an der Außenfläche des linken Unterschenkels 2 neue unregelmäßig gestaltete Blasen mit trübserösem Inhalt auf. Darauf bildeten sich auch an beiden Vorderarmen neue Blasen, und zwar ist links eine Gruppe linsengroßer, rechts eine von kleineren Bläschen entstanden.

20. XI. Am Stamm sind die Lichenherde bis auf ganz geringe Reste resorbiert unter Hinterlassung tiefdunkler Pigmentierungen.

An den Stellen, wo Blasen gestanden haben, ist der Grund, der vorher infiltriert war, eingesunken, etwas vertieft und atrophisch. Die pigmentierten Stellen, die den anfangs gruppenförmig aufgetretenen entsprechen, zeigen am Rande besonders dunkle Farbe, während sie im Zentrum heller sind.

An den Armen sind die älteren, plattenförmig infiltrierten Herde gleichfalls größtenteils resorbiert, und nur noch braune

Pigmentierungen zeigen die Stellen an, wo sie früher gesessen hatten. Die Haut selbst ist glänzend und zeigt leichte Fältelung. Hier, wie an den unteren Extremitäten haben die übrig gebliebenen Erythemknoten eine livide Verfärbung.

An den Unterschenkeln, besonders am rechten, sind die Lichenherde noch infiltriert, dunkelbraun und mit hornigen, bräunlichen Schuppenmassen bedeckt.

Am wenigsten Fortschritte hat die Reorption der Infiltrate an den Unterschenkeln gemacht. Die Lichenherde sind dort derb infiltriert und dunkelbraun. Auf diesen Plaques sieht man einige wunde Stellen, die durch Platzen der kürzlich entstandenen Blasen hervorgerufen sind. Am rechten Schienbein ist vorne eine prall gespannte Blase aufgetreten, im unteren Drittel des linken Unterschenkels eine kleinere.

Die Schleimhauteffloreszenzen im Munde sind zum Teil verheilt, reichen jedoch noch vom Kiefer- bis zum Mundwinkel. Man sieht, wie beiderseits punktförmige graue Einzeleffloreszenzen zu einem feinmaschigen Gitterwerk zusammenfließen und so eine ausgedehnte graue Verfärbung der Schleimhaut hervorrufen. Ein Teil der Effloreszenzen ist scheibenförmig, ein anderer kreisförmig angeordnet, ihre Farbe erinnert an Perlmutter. Auch an der Unterlippe finden sich Effloreszenzen.

In den Achselhöhlen findet eine sehr starke Schweißsekretion statt. Die Axillardrüsen sind fast haselnußgroß, die Kubitaldrüsen bohnengroß, ebensogroß die Inguinaldrüsen, die sich hart und derb anfühlen und in Rosenkranzform angeordnet sind, dabei nicht schmerzen. Die Femoraldrüsen sind etwa pflaumengroß und multipel geschwollen.

Das Allgemeinbefinden ist gut. Das Gewicht hat keine wesentliche Aenderung erfahren.

Patient muß leider auf eigenen Wunsch am nächsten Tage entlassen werden.

Alles zusammenfassend ist in diesem Fall festzustellen:

Die Krankheit sowohl Licheneruptionen, wie Blasen hat den ganzen Körper ergriffen und nur die behaarte Kopfhaut verschont. Während in einer Anzahl von Fällen außer der behaarten Kopfhaut auch die Gesichtshaut, Handteller und Fußsohlen verschont bleiben, zeigen sich in unserem Falle Blasen an der Nase, den Ohrläppchen, den Händen, sowie an der Fußsohle tiefe Rhagaden in einer verdickten, rissigen und brüchigen Haut, die in Lamellen abbröckelt. Auch die Finger- und Fußnägel sind in unserem Falle erkrankt, eine Erscheinung, die zusammen mit den schwieligen Verdickungen der Handteller und besonders Fußsohlen nicht selten bei Lichen ruber beobachtet wird.

Sogar an der Wangenschleimhaut sitzen kleine Bläschen, auch befindet sich dort ebenso wie an der glans penis eine Erosion.

Die Diagnose auf Lichen ruber ermöglichten im Anfang nur einige einzelstehende, erhabene, gedellte, wachsartig glänzende Knötchen.

Das Gros der Knötchen ist zu kleineren oder größeren, braunen bis blauroten Beeten zusammengeflossen, die auf den Extremitäten einen erheblichen Teil der Haut bedecken, sich etwas über das Hautniveau erheben, stark infiltriert sind und mehr oder weniger stark schuppen.

Eine gleich starke Tendenz zum Konfluieren zeigen die Knötchen an der Wangenschleimhaut und am Lippenrot, wo sie graue bis blaugraue Netze bilden, die, wie man deutlich sieht, aus kleinen, noch nicht stecknadelkopfgroßen Einzelknötchen bestehen, teils scheiben- teils kreisförmig angeordnet sind und einen perlmutterähnlichen Glanz zeigen.

Außer diesem typischen Lichen ruber planus bemerkt man am ganzen Körper als auffälligstes Symtom einen Blasenausschlag und zwar einen vollkommen atypischen Ausschlag, was sowohl die Lokalisation, als die Aetiologie, als auch noch Begleitumstände betrifft.

Die Blasen traten zunächst nur auf anscheinend gesunder

Haut auf oder auf ganz akut entstandenen erythematösen blauroten Flecken, in der Folgezeit bildeten sich allerdings auch Blasen auf bereits vom Lichen ruber ergriffenen Hautstellen.

Vom Pemphigus unterschieden sie sich dadurch, daß sie ausnahmslos Tendenz zu rascher Heilung zeigten, nie einen blutigen Inhalt hatten, und daß auch die Schleimhauteffloreszenzen trotz ihrer verhältnismäßig großen Ausdehnung nicht im geringsten schmerzten oder bluteten. An anderen Stellen zeigten die Bläschen wieder eine auffallende Aehnlichkeit mit Herpeseruptionen. So erinnert besonders ihre gruppierte Stellung und die Entzündung an ihrer Basis lebhaft an einen Zoster.

Die Größe und Gestalt der Blasen ist gleichfalls sehr verschieden. Die Größe schwankt zwischen der eines Stecknadelkopfes und eines Taubeneies, die Form ist bald rund, bald länglich, bisweilen polycyklisch, kleeblattförmig oder vollkommen unregelmäßig. Die letzteren Formen sind dann meistenteils aus Konfluenz mehrerer Blasen hervorgegangen. Dabei entstehen die Blasen spontan ohne eine äußere Veranlassung, indem sie nur mit dem Aufsteigen und Abfallen des Krankheitsprozesses des Lichen ruber gleichen Schritt halten.

Nur einmal läßt sich eine äußere Veranlassung nachweisen. An der Stelle nämlich, wo die Haut durch einen Heftpflasterstreifen gereizt war, hatten sich mehrere langgestreckte Blasen gebildet, übrigens eine sehr interessante Tatsache, die bei Bettmanns Fall ein merkwürdiges übereinstimmendes Seitenstück findet, indem dort gleichfalls nach Reizung der Haut durch eine 5% Salicylsalbe, die zur Juckreizlinderung angewandt war, eine dichtstehende Blaseneruption zum Ausbruch gekommen war.

Der Blaseninhalt war leicht alkalisch und völlig steril.

Die Hauptdrüsen des Körpers mit Ausnahme der Kopf- und Halsdrüsen zeigten eine teilweise erhebliche Vergrösse-

rung eine Tatsache auf die Mracek schon ausdrücklich hingewiesen hat:

„Drüsenschwellungen begleiten nicht selten namentlich ausgedehnte Lichen ruber Fälle, doch bilden dieselben keinen konstanten Befund. Zur Vereiterung tendieren die Bubonen nicht, auch sind sie in der Regel nicht von akut entzündlichen Erscheinungen, Druckempfindlichkeit u. dgl. begleitet; sie entsprechen oft in In- und Extensität den für Prurigo typischen Drüsenpaketen.“ Diese Angabe bestätigt sich in unserem Falle vollkommen. Außerdem ist bei unserem Patienten noch ein allgemeines Krankheitsempfinden, ein Gefühl von Hitze und Kälte festzustellen.

Zu bemerken ist noch, daß jeder neuen Knötchen- oder Blaseneruption ein heftiges Jucken oder Brennen vorausging.

Nach Abheilung der Lichenherde und Plaques trat eine braune bis tiefdunkle Pigmentierung ein, die besonders stark am Rande der Effloreszenzen hervortrat, während das Zentrum eine nicht ganz so starke Pigmentation zeigte. Die Stellen, an denen die Blasen gesessen hatten, sind eingesunken, etwas vertieft und atrophisch. Die abgeheilten Wallinfiltrate haben besonders dunkel pigmentierte Stellen hinterlassen.

Unzweifelhaft ist in diesem Falle die Blasenbildung das Interessanteste und, um sie richtig zu deuten, müssen wir uns folgende Fragen vorlegen:

1. Haben wir es in diesem Falle mit einer Abart des Lichen ruber, mit einem atypischen Lichen ruber zu tun in dem Sinne wie ihn Kaposi beschreibt, und dem er den Namen Lichen ruber pemphigoides gegeben hat?
2. Gehört die Blasenbildung nicht zum Krankheitsprozeß, sondern ist sie nur durch die Therapie hervorgerufen, ist sie also eine Arsenikintoxikation?
3. Handelt es sich in diesem Falle nur um eine zufällige

Kombination des Lichen ruber mit einer zweiten Krankheit, die sich durch Blasenbildung auszeichnet? Als solche kämen in Betracht

a) Pemphigus,
b) Erythema bullosum,
c) Dermatitis herpetiformis.

4. Ist, wie Hans Hebra sich bei einem mit Blasenbildung vergesellschafteten Lichen ruber äußerte, die Blasenbildung nur ein Zeichen des Involutionsstadiums?

Im Folgenden werde ich versuchen, die Gründe klar zu legen, die für oder gegen die verschiedensten Punkte anzuführen sind, um daraus dann einen endgültigen Schluß über das Wesen der Krankheit zu ziehen. Doch muß ich gleich vorausschicken, daß Einstimmigkeit bisher noch nicht herrscht, ob überhaupt eine besondere Krankheit, ein Lichen ruber pemphigoides existiert.

Während Kaposi bei der Demonstration des ersten derartigen Falles vielfach zugestimmt wurde, daß es sich um ein ganz neues Krankheitsbild, einen atypischen Lichen ruber handele, waren doch verschiedene Stimmen dagegen, dieses als neue Krankheit anzunehmen. So behauptet Hans Hebra, daß es sich um eine zufällige Kombination von Lichen ruber pemphigoides und Pemphigus handle, und Rasch stellte es als höchst wahrscheinlich hin, daß eine Arsenikintoxikation vorliege. Auch in der späteren Zeit verharrten beide auf ihrem Standpunkt, daß eine besondere Abart des Lichen ruber als Lichen ruber pemphigoides nicht angenommen werden könne.

Ebenso als Bettmann seinen Fall als einen höchst wahrscheinlichen Lichen ruber pemphigoides demonstrierte, fand diese Ansicht nicht allgemeine Zustimmung. Crocker erklärte das Auftreten der Blasen für eine Erscheinung der Arsenikthérapie und Hans Hebra für ein Zeichen der Rückbildung, eine Meinung, die allerdings nicht den Beifall der Versammlung fand. An diese zuletzt vermerkte Ansicht

Hebras anknüpfend, möchte ich auch eine derartige Entstehungsursache der Blasen für unseren Fall ablehnen und Punkt 4 aus der Betrachtung ausschalten. In unserem Falle trat die Blaseneruption durchaus nicht im Involutionsstadium des Lichen ruber auf. Denn der Patient ist nach dem Erscheinen der ersten Blaseneruption noch 2 Monate in unserer Behandlung gewesen, und der ganze Krankheitsprozeß hatte nach etwa 1 Monat erst seinen Höhepunkt erreicht. Nun könnte man aber noch annehmen, daß gerade die Knötchen und Plaques, auf denen sich Blasen bildeten, augenblicklich im Stadium der Abheilung begriffen gewesen wären, und daß die neuen Nachschübe nur gesunde Hautpartien betroffen hätten. Diese Annahme trifft ja auch bei vielen Plaques zu. Doch an den Unterschenkeln, die fast in toto ergriffen waren, und an denen sich während der ganzen Zeit Blasen bildeten, waren die Lichenplatten noch bei der Entlassung des Patienten ziemlich stark infiltriert und wenig zurückgebildet.

Außerdem traten auch, wie erwähnt, noch neue Lichenknötchen auf, an Plaques, auf denen die Blasen bereits abgeheilt waren. Ganz unmöglich aber können die Blasen als Zeichen des Involutionsstadiums betrachtet werden, die, wie gar nicht selten geschah, auf vollkommen intakter Haut entstanden und in deren Umgebung sich erst später Lichenknötchen bildeten.

Daß die von Hebra für die Blasen versuchte Erklärung, die durch den Fall von Magnus Möller z. B. volle Bestätigung findet, durchaus nicht immer ausreicht, beweisen uns eine ganze Reihe von Tatsachen aus der Literatur, von denen ich nur 2 besonders markante aufführen will. In dem schon erwähnten Fall von Leredde traten die Blasen zugleich mit den ersten Lichenefflorescenzen auf, und Darier berichtet, wie er bei einem Patienten Besniers eine Blaseneruption einem charakteristischen Ausbruch von Lichenpapeln sogar vorausgehen sah.

Hiermit glaube ich, den Punkt 4 so entschieden zu

haben, daß in unserem Fall die Blasen kein Zeichen des Involutionsstadiums waren.

Als nächste Frage möchte ich nun Frage 3 entscheiden. Handelt es sich in diesem Falle um eine Kombination von Lichen ruber mit einer Krankheit, die sich durch Blasenbildung auszeichnet?

Wenn man diesen Fall ebenso wie den von Kaposi und Bettmann betrachtet, ist man im ersten Augenblick durchaus der Meinung, daß es sich um eine Kombination von Lichen ruber mit einem bullösen Exanthem handelt. Und diese Annahme wäre auch durchaus berechtigt. Denn gleichzeitiges Auftreten von zwei Hautkrankheiten ist gar nichts seltenes und erschwert ja so oft eine sichere Diagnose. Außerdem kann diese Erklärung der vorliegenden Krankheit durch zwei Fälle sicher gestützt werden. Der eine ist der von Ullmann beschriebene Fall, der am besten durch die Kombination zweier Krankheiten erklärt werden kann, und der ja fast einstimmig bei seiner Vorstellung so gedeutet worden ist. Noch klarer liegt die Sache in dem von Róna zuerst beschriebenen Fall, wo der Lichen ruber lange vor dem Auftreten der Blaseneruption schon bestand und nach dem Verschwinden noch eine ganze Zeit anhielt. Bedeutend wahrscheinlicher aber wird das Bestehen einer Kombination zweier verschiedener Krankheiten in dem Falle von Róna, wenn man sich vergegenwärtigt, daß ein Jahr nach Verschwinden beider ein Rezidiv der einen, des bullösen Exanthems auftrat.

Nun ist die Frage, welche Krankheit, die mit Blasenerscheinungen einhergeht, wohl in diesem Falle in Betracht käme. Bei der völlig atypischen Form des Blasenausschlages muß man besonders an drei solcher Krankheiten denken:

I. Erythema bullosum,
II. Dermatitis herpetiformes,
III. Pemphigus.

Zuerst will ich mich dem Erythema bullosum zuwenden.

Das Erythema exsudativum multiforme, von dem ja, wie bekannt, das Erythema bullosum nur eine der vielen Formen ist, unter denen diese Krankheit sich zeigt, ist zunächst durch seine Lokalisation charakterisiert, und zwar sollen nach Hebra in jedem Falle der Handrücken und Fußrücken ergriffen sein, während Düring angibt, daß noch typischer oder zum mindestens ebenso typisch wie an den Hand- und Fußrücken seine Lokalisation im Gesicht sei, und gerade dort soll sich das Exanthem fast immer durch Blaseneruption dokumentieren. Wie dem auch sei, jedenfalls zeigte ja unser Patient an den genannten Teilen Blaseneruptionen. Auch ein anderer Prädilektionssitz des Erythema bullosum, die Streckseiten der Extremitäten und die Finger, waren in unserem Falle besonders von den Blasen befallen. Das Jucken, das bei unserem Patienten sehr heftig war, beim Erythema bullosum jedoch nur sehr gering oder gar nicht vorhanden ist, spricht nicht gegen ein Erythema bullosum, denn dieses Jucken konnte ebenso gut vom Lichen ruber stammen. Auch ließ sich bisweilen in unserem Fall eine kreis-, ring- oder bogenförmige Anordnung ganz gut feststellen. Ebenso waren die Lippen und Wangenschleimhaut ergriffen. Das verhältnismäßig schnelle Abheilen der Eruptionen, die zuerst livide, dann mehr bräunliche Haut nach ihrem Verschwinden und das teilweise schubweise neue Auftreten von Blasen mehrere Wochen hindurch, alles das sind Symptome, die dem Erythema bullosum durchaus eigen sind. Allerdings fehlte bei unserem Patienten ein Zeichen, das man sonst bei Erythema bullosum wohl nie vermißt, nämlich die symmetrische Anordnung des Erythema. Außerdem hinterließen die abgeheilten Blasen einen leicht atrophischen Grund, was bei Erythema bullosum nie geschieht.

Ehe die Blasen auftraten, bildete sich in vielen Fällen erst ein lichenartiges Infiltrat. Der Umstand, daß die symmetrische Anordnung fehlte, glaube ich, gibt uns jedoch schon das Recht ein Erythema bullosum abzulehnen, denn

gerade dieser Punkt ist mindestens ebenso wichtig, wenn nicht noch wichtiger als die Lokalisation. Auch fand das Auftreten nicht in so geregelten Nachschüben statt, wie beim Erythema bullosum, wenn sich auch gewisse größere Blasennachschübe in unserem Krankheitsbild nicht leugnen lassen.

Nach diesen Ausführungen glaube ich nicht, daß in unserem Falle ein Erythema bullosum vorgelegen hat.

Zweitens konnte man an eine Dermatitis herpetiformis denken, mit der die Blaseneruption eine unleugbare Aehnlichkeit hatte. Schon als Kaposi seinen ersten Fall vorstellte, hielt Hans Hebra eine etwaige Kombination von Lichen ruber mit Pemphigus oder Dermatitis herpetiformis für vorliegend. Sicher ist eine gewisse Aehnlichkeit vorhanden. Lesser sagt von diesem Krankheitsbild, das übrigens nicht von allen Autoren, z. B. nicht von Kaposi, als selbständige Krankheit anerkannt wird, folgendes:

„Die Exantheme werden durch erythematöse Flecke oder Papeln, gruppierte oder in Kreisen stehende Bläschen, Pusteln oder Blasen gebildet, zeigen keine bestimmte Lokalisation, sondern sind unregelmäßig über den ganzen Körper ausgebreitet."

Bei unserem Patienten konnte man alle genannten Erscheinungen feststellen. Es waren sowohl Papeln wie erythematöse ausgedehnte Plaques vorhanden, als auch standen die Bläscheneruptionen in Kreisen oder in Gruppen zusammen; eine bestimmte Lokalisation war gleichfalls nicht zu bemerken und noch ein Symptom, das zu diesem Krankheitsbild gehört, zeigte sich: die starken Pigmentierungen, die nach der Abheilung der Effloreszenzen zurückblieben. Daß eine Störung des Allgemeinbefindens, die bei Dermatitis herpetiformis nie vorliegt, ein Umstand, der für dieses Krankheitsbild zur Stellung der Diagnose von ungeheurer Wichtigkeit ist, in unserem Falle bestimmt festzustellen war,

schließt diese Krankheit nicht im geringsten aus; denn das allgemeine Krankheitsgefühl unseres Patienten kann auch auf den Lichen ruber zurückgeführt werden.

Ebenso gut kann aber auch das heftige Jucken und Brennen, das gewöhnlich einem neuen Nachschub vorausgeht, allerdings auch in den freien Intervallen bisweilen nicht ganz verschwindet, und das für Dermatitis herpetiformis pathognomonisch ist, nur dem Lichen ruber zuzuschreiben sein.

Doch muß uns ein Umstand auffallen, der durchaus gegen eine Kombination zweier Krankheiten spricht, d. i. das gleichmäßige Verhalten der Lichen- und der Blasenausbrüche. Beide Eruptionen hielten in ihrer Zu- und Abnahme vollkommen gleichen Schritt. Zwar neigt ja die Dermatitis herpetiformis sehr zu Rezidiven, doch gibt der Umstand, daß jeder neue Blasenausbruch gleichzeitig mit einem verstärkten Lichenausbruch auftrat, sehr zu denken.

Dasselbe kann auch gegen eine Vergesellschaftung des Lichen ruber mit der dritten in Betracht kommenden Krankheit, mit Pemphigus, gesagt werden, ganz abgesehen, daß hiergegen auch noch andere gewichtige Momente sprechen. Doch auch für einen Pemphigus kann man eine ganze Reihe von Punkten ins Feld führen. Zuerst das Entstehen vieler Blasen aus anscheinend ganz gesunder Haut, wie man es meistens bei Pemphigus beobachtet, doch würde andernfalls das Entstehen aus Erythemen durchaus nicht gegen einen Pemphigus sprechen.

Man könnte also anführen, daß die Blasenbildung in unserem Falle nicht ein Zeichen der Intensitätssteigerung sei. Denn wenn die Intensität des Lichen ruber sich bis zur Blasenbildung steigern soll, dann muß erst einmal ein gewissermaßen normaler Punkt der Krankheit erreicht sein, den überschreitend eine Steigerung dann zustande kommt, d. h. in unserem Falle, es muß erst ein Lichenknötchen oder ein infiltrierter Herd vorhanden sein, auf den sich dann,

seinen gewöhnlichen Krankheitspunkt noch überschreitend, eine Blase bildet. Da bei einem Teil dieser Blasen ein solcher Krankheitsherd nicht vorlag, sondern da die Blasen aus heiler Haut entstanden waren, so kann von einer besonders intensiven Lichenerkrankung dieser Hautstellen nicht die Rede sein, und die aus anscheinend gesunder Haut hervorgegangenen Blasen müssen daher eine andere Entstehungsursache haben, also etwa Pemphigusblasen sein.

Dieser Ansicht kann man eine Untersuchung von Pinkus entgegenhalten. Pinkus hat bei einem Fall von Lichen ruber pemphigoides mehrfach anscheinend gesunde Hautstellen exzidiert und darin schon vorgebildete Lichenknötchen gefunden. So ist auch in diesen Fällen wahrscheinlich die Haut schon vom Lichenprozeß geschwächt gewesen, und die Blasen haben sich aber nicht auf gesunder, sondern auf schon von Lichen angegriffener Haut gebildet.

Eine andere Art der Entstehung von Pemphigusblasen soll nach Mracek noch häufiger sein, wie das Entstehen aus heiler Haut. Mracek behauptet, daß die Blasen vielfach aus Erythemen hervorgingen. Dabei entständen zuerst Quaddeln unter dem Bilde eines Erythema annulare, figuratum und urticatum, auf denen sich dann die Pemphigusblasen bildeten. Zwar entstanden in unserem Falle die meisten Blasen auf einem Erythem, doch muß dieses unbedingt dem Lichen ruber zugeschrieben werden, wie ja auch ein Vorhandensein von Lichenknötchen am Rande auf die Entstehung dieser Erythemplaques aus Lichenknötchen hinweist.

Der Pemphigus ergreift auch nicht selten die Schleimhaut, und in der Tat waren ja bei unserem Patienten die Schleimhaut des Mundes und der Lippe gleichfalls in Mitleidenschaft gezogen — jedoch in ganz anderer Weise als beim Pemphigus. Bei letzterer Krankheit zeigen nach dem Platzen der Blasen die Stellen, wo sie gestanden haben, eine weißliche Erosion, sind dabei sehr schmerzhaft und bluten leicht, alles Erscheinungen, die in unserem Falle nicht vor-

handen waren. Die Stellen, wo im Munde Blasen gesessen hatten, ließen sich nach dem Platzen derselben überhaupt nicht mehr erkennen und nur einmal sah ich an der Mundschleimhaut eine geringe Erosion, die anscheinend durch Zahndruck entstanden war, jedenfalls zeigte sie keinen weißlichen Belag, keine Schmerzen und keine Blutung. Die Art der Blasenbildung an der Schleimhaut ist also vollkommen abweichend von der Art, wie sich sonst Pemphigusblasen auf Schleimhäuten bilden. Dann zeigte der Abheilungsprozeß der Blasen auch vielfach nicht die für Pemphigus typische Art. Der Pemphigus vulgaris hinterläßt nach Abstoßung des Schorfes außer einer Pigmentation kein Zeichen auf der Haut, vor allem keine Narbenbildung und dergl., während in unserem Falle eine Atrophie und flache, teilweise sogar derbe Infiltration noch längere Zeit nach der Abheilung der Blasen zu bemerken war. Die zuletzt genannten Symptome lassen sich also schwer in das Bild eines Pemphigus einreihen und schon darum erscheint eine Kombination des Lichen ruber mit Pemphigus in unserem Fall nicht wahrscheinlich. Dazu kommt noch, daß in der ganzen Literatur kein Fall bekannt ist, bei dem nach Aufhören eines Lichen ruber ein Blasenausschlag fortgedauert hätte, abgesehen von dem ersten Fall Rónas, wo, wie wir sahen, ein Erythema bullosum, also auch nicht einmal Pemphigus, vorlag, das nach etwa einem Jahre sich in einem neuen Rezidiv zeigte. Ebenso ist in der Literatur kein Fall bekannt, in dem zu einem bereits bestehenden Pemphigus ein Lichen ruber hinzugetreten wäre.

Faßt man nun alle angeführten Punkte zusammen, noch unter besonderer Berücksichtigung der beiden zuletzt erwähnten, so muß man zu dem Schluß kommen, daß eine selbständige Eruption im Sinne eines Pemphigus nicht vorliegt. Die zufällige Kombination des Lichen ruber mit einer zweiten bullösen Hauerkrankung ist also für unseren Fall durchaus abzulehnen.

2. Jetzt käme noch die Frage in Betracht, ob wir bei unserem Patienten die Blaseneruption etwa als eine Folge der Therapie, also des Arseniks ansehen müssen. In drei Fällen, die ich im 1. Teil beschrieben habe — dem 2. und 3. Falle Rónas und dem einen Bettmanns — war ein Herpes zoster entstanden und auch in unserem Falle machten einige Stellen durchaus den Eindruck eines Zoster, sowohl nach ihrer Gruppierung, als auch ihrem gleichzeitigen Aufschießen aus infiltrierter Basis. Jedoch waren die meisten Blasen und Bläschen unregelmäßig über den ganzen Körper angeordnet, so daß sie also unmöglich in das Bild eines Zoster paßten. Wir müssen uns also die Frage vorlegen: Kann eine Arsenikintoxikation

1. einen typischen Herpes zoster,
2. einen allgemeinen pustulösen und bullösen Ausschlag hervorrufen.

Besonders Punkt 1 ist noch sehr umstritten.

Während Kaposi, James White, Juliusberger u. a. behaupten, daß der Herpes zoster nur zufällig bei Arsenikbehandlung auftritt, wie er auch zu jedem anderen Krankheitsbild hinzukommen kann, stehen H. Hebra, Epstein, Bokai, Hutchinson, Nielsen und andere auf dem Standpunkt, daß ein direktes Ursachsverhältnis zwischen Arsenikbehandlung und Herpes zoster vorhanden sei. Juliusberger stützt seine Ansicht gegen einen Arsenik zoster hauptsächlich auf folgende 3 Punkte:

1. behauptet er, daß schon die umschriebene Lokalisation für das Nichtbestehen eines Ursachsverhältnisses spräche. Denn da eine Arsenikintoxikation des ganzen Körpers vorläge, sei es nicht recht verständlich, warum nur eine Stelle des Rückenmarkes 1 oder 2 Ganglien oder 1 Nervenzweig auf eine Intoxikation des ganzen Körpers antworte. Er bemerkt noch ausdrücklich, daß in den von ihm beobachteten Fällen keine Prädisposition gerade jener

umschriebenen Hautstellen etwa durch ein Trauma oder eine Narbe vorgelegen hätte.

Bei Tierexperimenten mit Arsenik hätte sich stets eine umfassende Degeneration ganzer Rückenmarkspartien ergeben.

2. Führt er das Ausbleiben aller sonstigen Nebenerscheinungen an.
3. Wäre der Herpes zoster trotz Fortgebrauch des Arseniks für in kurzer Zeit abgeheilt.

Nielsen dagegen führt für seine Behauptung, daß Arsenikbehandlung und Herpes zoster doch in einem Ursachsverhältnis ständen, seinerseits gewichtige Gründe an. Am deutlichsten spräche die Statistik. Bei Hospitalpatienten, die wegen anderer Krankheiten in Behandlung gewesen wären und bei denen sich während ihrer Behandlung im Hospital ein Herpes zoster bildete, wäre in den allerhäufigsten Fällen eine Arsenikbehandlung vorausgegangen. Aber auch die Zahl der Aufnahmen wegen Herpes zoster zeigte, daß bei den weitaus zahlreicheren Kranken dem Ausbruch des Herpes zoster eine Arsenikmedikation, als vielleicht eine örtliche Schwächung des Organismus, also vielleicht ein Trauma oder eine Wirbelkaries vorausgegangen war.

Diese Statistik erscheint ja schon allein für einen Arsen-Zoster zu sprechen. Doch darf man ihr nicht allzu große Bedeutung beimessen, da die Zahlen, aus denen sie zusammengestellt wurde, nicht allzu große waren. Jedoch wird diese Statistik durch eine beiläufige Bemerkung Geyers bedeutend unterstützt. Geyer erwähnt, daß in Reichenstein in Schlesien, wo er eine chronische Massenvergiftung eines großen Teiles der Arbeiterbevölkerung durch arsenikhaltiges Trinkwasser längere Zeit zu beobachten Gelegenheit hatte, Herpes zoster häufig vorkomme, und zwar in 15—20 % der Fälle, eine Zahl, die bei dem an und für sich verhältnismäßig seltenen Auftreten des Herpes zoster eigentlich schon allein zum Beweise eines Arsenikzoster ausreichen würde.

Auch Gerhard hat in etwa demselben Prozentsatz bei Choreakranken nach Arsenikbehandlung den Zoster gefunden. Allerdings spricht Gerhard nur von „gruppierten, bläschenförmigen Hautausschlägen", nicht gerade von Zostern. Von miliariaartigen und anderen bläschenförmigen Hautausschlägen wird auch bei anderen Massenvergiftungen gesprochen, so bei der Würzburger Brotvergiftung und hauptsächlich bei der protrahierten Massenvergiftung von Hyéres, der allein 405 Personen zum Opfer fielen.

So beweisend die Tatsachen Geyers erschienen, so werden sie doch durch diese letzten Nachrichten wieder etwas abgeschwächt, denn wenn dort ein wohlcharakterisierter Zoster vorgelegen hätte, wäre es auch sicher berichtet worden.

Nun möchte ich die 3 Punkte Juliusbergers noch zu widerlegen versuchen. Juliusberger meint, daß bei Fortsetzen der Arsenikmedikation, also bei immer neuer Intoxikation der Arsenikzoster nicht heilen dürfte oder zum mindesten doch Zosterrezidive auftreten müßten. Hierzu möchte ich bemerken, daß ja auch ein genuiner Zoster nie rezidiviert, sondern höchstens Nachschübe zeigt, und daß die einzelnen Bläschen stets schnell abheilen, wenn nicht gerade Nekrose eintritt.

2. Juliusburger ist der Ansicht, wenn der Zoster auf Arsenik zurückzuführen ist, müßten noch andere Arsenikintoxikationserscheinungen bei dem Patienten zu beobachten sein, da diese nicht vorlägen, müßte man an einen zufällig bestehenden genuinen Herpes zoster denken. Allerdings sind ja andere Zeichen für eine Arsenikintoxikation bei sogenannten Arsenzostern nicht so häufig gefunden worden, doch liegen auch einige unzweifelhafte Berichte darüber vor. Schon bei dem zweiten Falle Rónas sehen wir dem Herpes zoster ein Nasenbluten vorausgehen und von der Massenvergiftung in Reichenstein, wo ja, wie erwähnt, der Zoster nur eine gelegentlich hinzukommende Intoxikationserschei-

nung war, bemerkt Geyer, daß sich bei allen Patienten eine Hyperkeratosis eines großen Teiles der Haut zeigte, die an den Händen und Fußsohlen bisweilen ganz kolossal war. Außerdem trat noch sehr starke Pigmentierung der Haut ein. Auch Bettmann erwähnt einen Fall, wo sich bei einer 50jährigen Frau nach Eingabe von Arsenik zu einem einseitigen Herpes zoster und einer generalisierten Pustel- und Bläschenbildung eine Hyperkeratosis der Handteller und Fußsohlen gesellte, und Rasch berichtet von einem ganz kongruenten Fall bei einer 62jährigen Patientin, nur daß dort die Hyperkeratose auf die Handteller beschränkt war.

Wenn nun auch nicht viel über andere Erscheinungen von Arsenikintoxikation berichtet wird, so ist doch, glaube ich, die starke Anzahl beweisend.

Als ersten Grund gegen einen Zoster hatte Juliusberger angegeben, daß es seltsam wäre, wenn eine allgemeine Intoxikation des Körpers sich nur an einer einzigen Stelle äußere. Dagegen ist zu erwidern, daß, wie Lewin betont, der Arsenikzoster doch immerhin ein Arzneiexanthem ist, und daß auch andere Arzneiexantheme nur in gewissen Nervenbahnen und an umschriebenen Hautstellen vorkommen. So könne eine Kohlenoxydvergiftung, die doch auch den ganzen Körper betrifft, ebenfalls nur einen Herpes zoster hervorrufen. Dazu weist Lewin noch darauf hin, daß „in letzter Linie ja auch der genuine Herpel zoster durch eine vom kranken Körper erzeugte chemische Substanz entstehe, die sich ihre Angriffspunkte aussuche“. Selbst die Tierversuche können wohl zum Beweise nur mit größter Reserve herangezogen werden, denn bekanntermaßen inkliniert die Tierhaut überhaupt sehr wenig zu Blasenbildungen, und außerdem sind Arzneiexantheme bei Tieren nur äußerst selten beobachtet worden.

Nach dem Vorhergesagten ist also anzunehmen, daß nach Arsenintoxikation sehr wohl ein Zoster auftreten kann.

Mag aber ein Arsenzoster noch nicht allgemein aner-

kannt werden, so ist doch das unbestritten, daß Bläschen- und Blasenausschläge über den ganzen Körper zerstreut die häufigste Arsennebenwirkung darstellen. Man hat sie sowohl bei akuten wie bei chronischen Vergiftungen festgestellt, und zwar entstanden sie aus papulösen Exanthemen und wären das Vorstadium pustulöser Ausschläge. Besonders bei Massenvergiftungen, wie der Würzburger Brotvergiftung und der Massenvergiftung in Hyéres, werden diese Eruptionen besonders hervorgehoben. Daß man es dort mit Arsenintoxikationserscheinungen zu tun hat, beweisen die unzweifelhaften anderen Zeichen von Arsenintoxikation. In Hyéres stellte sich bei vielen Patienten vor dem Bläschenausschlag Fieber, Bronchitis und Enteritis ein, so daß man zuerst an eine Influenzaepidemie dachte. Auch neuritische Lähmungen, von denen Henschen und Marquen berichten, sind sicher dorthin zu rechnen.

Einen sehr interessanten Fall teilt auch Caiger mit, wo sich die Arsenätiologie gewissermaßen experimentell nachweisen ließ. Bei einem seiner Patienten traten symmetrisch an den Handflächen und Fingern pemphigoide Eruptionen auf, und zwar in drei verschiedenen Jahren jedesmal dann, wenn der Patient vorher Arsenik in kleineren Dosen genommen hatte.

Aus dem Vorstehenden ersieht man also, daß als Hauptsymptome einer Arsenintoxikation Zosteren und generalisierte Blaseneruptionen in Betracht kommen. Für unseren Fall handelt es sich nun darum, festzustellen, ob dort die Bläschen- und Blaseneruption vielleicht auf eine Arsenintoxikation zurückzuführen ist.

Zunächst wäre es sehr leicht möglich, daß die vesikulösen und bullösen Eruptionen auf das Arsenik zurückzuführen wären. Denn wir können bei unserem Patienten einen großen Symptomenkomplex der Arsenikintoxikation nachweisen. So zeigten die Bläschen durch ihre gruppierte Stellung und ihre Rötung an der Basis verschiedentlich den

Charakter einer Herpeseruption. Dazu war neben diesen herpesartigen Erscheinungen ein vesikulöser, bullöser und pustulöser Ausschlag über den ganzen Körper verteilt. Außerdem war eine Hyperkeratose der Fußsohlen und nach der Abheilung der Erscheinungen am Körper eine starke Pigmentation festzustellen. All diese Symptome würden durchaus zu dem Bilde einer Arsenintoxikation passen. Doch Lsind, ja Török betont sogar, daß eine Pigmentation nach zu verwenden, da sie auch beim Lichen ruber nichts Seltenes sind, ja Török betont sogar, daß eine Pigmentation nach Lichen ruber etwas vollkommen Normales wäre. Jedoch wird der ganzen Arsenätiologie der Blasen der Boden entzogen, wenn man bedenkt, daß die ersten Blasen ja schon vorhanden waren, ehe der Patient überhaupt Arsenik bekommen hatte. Ob die, nachher während unserer Beobachtung entstandenen Blasen vielleicht auf die Darreichung von Arsenik zurückzuführen sind, das kann man allerdings nicht mit Sicherheit entscheiden, doch ist es wohl nicht wahrscheinlich, denn die Blasenbildung schien durchaus mit dem Lichen ruber zusammenzuhängen, da sie mit ihm anstieg und abfiel.

Demnach müssen wir nach Ablehnung aller Möglichkeiten, die die Blasenbildung als nicht im Zusammenhange mit dem Lichen ruber darstellen könnten, zu dem Schluß kommen, daß bei unserem Patienten ein Lichen ruber pemphigoides im Sinne Kaposis vorliegt.

Als Erklärung für die atypischen Symptome unseres Falles muß man den Umstand in Betracht ziehen, daß ein ganz besonders heftiger und weit ausgebreiteter Lichenprozeß vorliegt. Darauf weist vor allem die starke Infiltration eines großen Teiles der Haut und die daraus resultierende Entstehung der Erytheme und Blasen hin. Die zuletzt genannten Symptome sind nur als ein Zeichen der besonderen Intensität unseres Falles zu betrachten und daß die Lichenknötchen bisweilen davon verdeckt werden, ist schon ander-

weitig mehrfach geschildert worden, auch betont Róna, daß bei derartig intensiven Licheneruptionen, die sich in flächenhaften Hyperämien und Infiltraten zeigen, die Knötchen im Bereiche eines derartigen Vorganges sehr blutreich, nicht glänzend, meist rund oder konisch erscheinen. Hallopeau und le Sourd berichten ebenfalls von einem Patienten, bei dem sich bei einer akuten Licheneruption große, dunkelblaurote Flecke fanden, die die Knötchen kaum hervortreten ließen, und sogar eine, allerdings auf die Hohlhände beschränkte, Blasenbildung.

In dem Falle Bettmanns ließ sich sogar zeigen, daß in den infiltrierten Herden und unter den Blasen Lichenknötchen gesessen hatten, denn nach der Abheilung zeigten sich dort besonders stark pigmentierte kleine Stellen, die unzweifelhaft früheren Lichenknötchen entsprachen.

Auch die Bildung von Blasen ist, wie schon bemerkt, nur als das Zeichen einer besonderen Intensitätssteigerung des Lichenprozesses aufzufassen. Ihre Eruption erfolgte im ganzen Verlauf der Krankheit anscheinend spontan ohne äußere Ursache. Nur einmal entstanden sie auf eine äußere Veranlassung hin an einer Stelle, wo die Haut durch einen Heftpflasterstreifen gereizt war, im Falle Bettmanns durch Applikation einer 5prozentigen Salicylsalbe. Die Erklärung hierfür ist mit Sicherheit darin zu suchen, daß bei an und für sich schon hyperämischer Haut jeder hinzukommende äußere Insult zur Verstärkung beiträgt, also eine Blasenbildung durchaus begünstigt. Ob auch andere Blasen noch auf äußere Reize hin, etwa Scheuern der Kleidung, entstanden sind, muß man für die erste Zeit der Krankheit dahingestellt sein lassen, für die letzte Zeit jedoch direkt ablehnen, denn da waren diese Stellen ständig mit einem Borsalbeverband bedeckt.

Warum die Blasen nicht ein Zeichen des Involutionsstadiums sein können, habe ich bereits oben auseinandergesetzt.

zu protrahierten lauen Bädern, die bei seinem Patienten sehr gute Dienste geleistet hätten.

Zum Schluß will ich noch einmal hervorheben, daß das Krankheitsbild, das Kaposi von einem Lichen ruber pemphigoides entworfen hat, in unserem Falle unbedingt auch vorliegt, und daß daher trotz der Seltenheit der Fälle diese Krankheit als ein atypischer Lichen ruber volle Anerkennung verdient.

Inwieweit nun die Pigmentierung nach der Krankheit dem Lichen ruber und inwieweit sie der Arsentherapie zuzuschreiben ist, das kann natürlich nicht mit Bestimmtheit entschieden werden. Daß Pigmentierung bei Lichen ruber nichts seltenes ist, habe ich bereits erwähnt. Besonders in der französischen Literatur werden verschiedentlich Fälle berichtet, wo ein Lichen ruber derartige ausgedehnte Pigmentierungen hinterließ, ohne daß eine Arsenikbehandlung voraufgegangen wäre, und zwar scheinen — ob mit oder ohne Arsenik mag dahingestellt bleiben — besonders jene ausgedehnten akuten Lichen-ruber-Prozesse eine hervorragende Neigung zu Pigmentierungen zu zeigen.

Zusammenfassend möchte ich noch einmal kurz das Krankheitsbild unseres Prozesses aufstellen:

Besonders intensiver, ausgedehnter Lichen-ruber-Prozeß, starke Hyperämie der Haut, Bildung großer infiltrierter, etwas erhabener, dunkelblauroter Plaques auf der Haut, Bildung von Bläschen, Blasen und Pusteln, die alle verhältnismäßig schnell heilen, über den ganzen Körper verbreitet sind, mit den Nachschüben von Lichenknötchen gleichzeitig auftreten, und äußerst geringe Neigung zur Vereiterung zeigen. Nach Abheilung starke Pigmentation der Haut.

Die Therapie mußte sich in unserem Falle außer auf den Lichen, der mit Sol. Fowleri behandelt wurde, auch auf die ausgedehnte Blaseneruption erstrecken. Um der Spannung der Blasen, die bisweilen Schmerzen verursachte, vorzubeugen, haben sich Borsalbeverbände sehr gut bewährt. Zur Desinfektion und zur schnelleren Ueberhäutung der Stellen, an denen geplatzte Blasen saßen, wurden Burowverbände angewandt.

Der bisweilen sehr unangenehme Juckreiz wurde mit Salicylöl erfolgreich bekämpft. Wenn jedoch, wie in dem Falle Bettmanns, juckmildernde Salben wegen zu starker Reizung der Haut kontraindiziert erscheinen, so rät dieser

Zum Schluß meiner Arbeit drängt es mich, Herrn Geheimrat Lesser für die Erlaubnis zur Abfassung der Arbeit, sowie Herrn Stabsarzt Dr. Rissom für die mir in reichem Maße gewährte Unterstützung mit Rat und Tat meinen ehrerbietigsten und aufrichtigsten Dank auszusprechen.

Literatur.

Allen, Demonstration, Lichen planus as a vesicular or bullous disease. Journ. of cut. 1901, XIX.

— Lichen planus as a vesicular and bullous affection. Journ. of cut. 1902. Vol. XX.

Bettmann, Lichen ruber pemphigoides Orig. Dermat. Zeitsch. VIII 1911 (Ref. Arch. f. Derm. 1902 LXII.

Crocker, Demonstration Pemphiguslike bullae in the course of lichen planus. Brit. Journ. of Dermat. 1895, VII.

Geyer, L., Ueber die chronischen Hautveränderungen beim Arsenicismus und Betrachtungen über die Massenerkrankungen in Reichenstein (Schlesien). Archiv für Dermatologie 1898, XXXXIII.

Hallopeau und Lemierre, Sur un Lichen plan aigu avec production de bulles et desquamation furfuracée. Annales de Dermatologie IV S. 2, 1901.

Heitz, V., Contribution à l'étude des éruptions bulleuses. Thèse de Paris 1885.

Kaposi, Dem. Lichen ruber mit Blasen. Archiv für Dermatologie, 1892, XXIV.

Leredde, Le Lichen plan à forme bulleuse. Annales de Dermatologie III S. 6, 1895.

Leredde, Darier, Besnier, Lichen plan bulleux; pathogénie. La semaine médicale 1895.

Lesser, E., Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Leipzig 1900.

— Dem. Lichen ruber mit Blasenbildung. Arch. für Dermatologie 1903, LXIV.

Möller, Magnus, Gifres det en vesiculär Eruptionsform of Lichen ruber. Nordiskt Medicinsk Archiv 1892 Nr. 18. (Ref. Monatshefte für praktische Dermatologie 1893/2, XVII.)

Mracek, Handbuch der Hautkrankheiten, Wien 1905, Band 2.

Ullmann, Lichen ruber verucosus und Pemphigus. Arch. für Der-

Whitfield, A note on the occurence of bullae in lichen planus. Brit. matologie 1896, XXXIV.
Journ. of Dermat. 1899, Vol. XI (Ref. Annales de Dermat. IV S. 3, 1902; Ref. Monatsheft für praktische Dermatologie 1902/2, XXXV.

Lebenslauf.

Verfasser vorliegender Arbeit, Fritz Wegener, evangelischer Konfession, ist als Sohn des städtischen Lehrers Friedrich Wegener am 14. April 1885 zu Berlin geboren. Seine wissenschaftliche Vorbildung erhielt er auf dem Sophien-Gymnasium zu Berlin, das er Ostern 1904 mit dem Zeugnis der Reife verließ. Von Ostern bis Michaelis 1904 studierte er auf der Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin und genügte gleichzeitig seiner Militärpflicht mit der Waffe beim Kaiser-Franz-Garde-Grenadier-Regiment Nr. 2. Im Oktober 1904 wurde er in die Kaiser-Wilhelms-Akademie für das militärärztliche Bildungswesen aufgenommen. Im März 1906 bestand er die ärztliche Vorprüfung. Am 1. Oktober 1909 wurde er zum Unterarzt beim Infanterie-Regiment Graf Dönhoff (7. Ostpreußisches) Nr. 44 ernannt und gleichzeitig auf 1 Jahr zum Königlichen Charité-Krankenhause zur Ableistung des praktischen Jahres kommandiert. Während dieser Zeit war er tätig: Auf der psychiatrischen Klinik (Geh. Rat Prof. Dr. Ziehen), der geburtshilflichen Klinik (Geh. Rat Prof. Dr. Bumm), auf der 2. medizinischen Klinik (Geh. Rat Prof. Dr. Kraus) und auf der chirurgischen Klinik (Geh. Rat Prof. Dr. Hildebrand). Am 15. August 1910 beendete er die ärztliche Staatsprüfung. Durch allerhöchste Kabinettsordre vom 18. November 1911 wurde er zum Assistenzarzt beim Infanterie-Regiment Graf Dönhoff (7. Ostpreußisches) Nr. 44 ernannt. Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren Professoren und Dozenten: Beitzke, Benda, Bier, Brieger, Bumm, Claisen, Drude (†), Engelmann (†), Engler, Ewald, B. Fränkel (†), Frey, Gabriel, Hertwig, Heubner, Hildebrand, Hiller, His, Hoffmann, A. Köhler, Kraus, Langgaard, Lesser, v. Michel (†), Nagel, Olshausen, Orth, Pagel, Passow, Pels-Leusden, Posner, Rubner, Schulz, F. E. Schulze, Sonnenburg, Straßmann, Stumpf, Thierfelder, H. Virchow, Waldeyer, Warburg, Williger, Ziehen.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht der Verfasser an dieser Stelle seinen ehrerbietigsten Dank aus.